



**Aiop**  
SEDE REGIONALE LAZIO

TAVOLA ROTONDA

# LA NUOVA SANITÀ DOPO IL PNRR



ROMA 24 SETTEMBRE 2021 - CHIOSTRO DEL BRAMANTE





**A.I.O.P.**  
Sede Regionale Lazio

TAVOLA ROTONDA

# **LA NUOVA SANITÀ DOPO IL PNRR**

ROMA 24 SETTEMBRE 2021 - CHIOSTRO DEL BRAMANTE





## Interventi

Mauro Casanatta  
*Direttore Generale AIOP Lazio*

Jessica Veronica Faroni  
*Presidente AIOP Lazio*

Alessio D'Amato  
*Assessore Sanità Regione Lazio*

Federico Spandonaro  
*Università Tor Vergata*

Francesco Vaia  
*Direttore IRCCS Spallanzani*

**Moderatore:**  
Gerardo D'Amico  
*Giornalista RAI*



## MAURO CASANATTA

*Direttore Generale AIOP Lazio*

**B**uonasera a tutti. Ho l'onore e anche il piacere, di porgere un saluto, prima di tutto agli ospiti che hanno aderito a questo nostro evento su un tema molto importante come quello del PNRR di cui si parla oramai talmente tanto e spero non unicamente per i 275 miliardi che dovremmo, forse, avere dalla Comunità Europea.

Prima di tutto voglio ringraziare tutti voi, che siete qui questa sera, perché abbiamo trascorso e vissuto un periodo molto difficile, molto complicato e lo abbiamo vissuto con una disponibilità, voglio evidenziarlo, e una collaborazione con l'amministrazione regionale che non avevamo mai avuto in questi ultimi anni. Lo voglio dire perché quando a febbraio di 500 e più giorni fa mi telefonò l'Assessore D'Amato dicendo: "Guarda che abbiamo necessità di un impegno importante da parte delle strutture per l'allesti-



mento di posti Covid”, tutto questo per noi è stato facile perché, in poco tempo, siamo riusciti ad allestire, ad organizzare, a rendere operativi, un numero molto elevato di posti, ben 1.301 posti letto per prestazioni Covid di tutte le tipologie assistenziali, dalla terapia intensiva agli acuti, dalla sub intensiva alle RSA e anche alla dialisi. Questo ci ha permesso di essere di aiuto e di supporto alla nostra amministrazione.

Ricordavo queste telefonate dell’Assessore, qualche volta pure la sera tornando dallo Spallanzani. E poi le tante e lunghe telefonate con Spiga, la notte, l’ho visto adesso e ho aspettato prima di citarlo. Ti ringrazio Giuseppe di essere qui questa sera, ma non perché non sapevamo come trascorrere quelle ore, ma perché dovevamo insieme vedere, valutare, approfondire, se aumentare o diminuire.

È stato un lavoro che ha coinvolto tutti quanti noi personalmente e, credo, che questa sia una grossa soddisfazione. Una collaborazione che è poi proseguita quando l’Assessore ci ha chiesto di supportarlo nell’erogazio-



ne dei vaccini. Abbiamo fatto un punto al 20 di settembre e le nostre case di cura, dell'AIOP, non le case di cura in genere, hanno inoculato circa 600 mila vaccini e devo sottolineare che l'abbiamo fatto perché era una iniziativa sociale. Non abbiamo minimamente contestato la tariffa, per la prima volta non mi sono messo a mettere muri, come in genere faccio costantemente, è il mio lavoro.

E di questo ne sa qualcosa Renato Botti quando discutemmo un po', e ringrazio anche lui di essere presente, per aver accettato questo nostro invito e testimoniare questa amicizia. Quando discutemmo sulle tariffe della 689. Ci mettemmo un po', non era una cosa semplice. Sui vaccini invece no. Questo è testimonianza del rapporto che abbiamo avuto e vorremmo continuare ad avere con l'amministrazione regionale, per essere di aiuto, di supporto, per non essere visti come l'altra parte, il *privato*, come in genere si definisce, ma un interlocutore che è a disposizione e che, laddove l'amministrazione lo ritenesse opportuno, è a disposizione per dare un supporto, per svolgere un ruolo. Per questo sul PNRR abbiamo presentato una proposta all'Assessore con la disponibilità delle nostre strutture per aiutare, anche su questo.

Credo che lo spirito che ci ha accompagnato in questo tempo ci possa aiutare, anche in questo momento un po' particolare, su questi progetti che si stanno valutando.

Vi ringrazio, spero che sia il posto sia il tempo sia i relatori sia il Convegno, siano per voi piacevoli. Grazie ancora.



## GERARDO D'AMICO

*Giornalista RAI*

**B**uonasera, anche da parte mia, sono Gerardo D'Amico. Faccio il giornalista e cercherò di far emergere un po' di spunti da questo gruppo di importanti ospiti che l'AIOP ha pensato di invitare per fare il punto sul PNRR che è un importante, eclatante, mi verrebbe da dire, strumento di ripartenza del Paese. Non a caso si parla proprio di ripartenza e di resilienza.

Sono tanti soldi, lo sapete che, per quello che riguarda il territorio, ci sono sostanzialmente 7 miliardi e adesso vedremo come verranno allocati. Sono 15 miliardi e 600 milioni in tutto, 8 miliardi andranno al sistema sanitario in generale per rivedere gli ospedali, vediamo ora nel dettaglio, molto rapidamente, di che cosa stiamo parlando.

Ma perché è importante un incontro come questo? Vanno spesi bene perché il rischio di buttarli a mare, purtroppo, esiste, come sempre o non soltanto nel nostro Paese. È una costante quando c'è un'abbondanza di risorse, tendere un po' a sprecarle.

La pandemia la stiamo ancora attraversando. È qui con noi il Professor Francesco Vaia, il Direttore dello Spallanzani che tutti voi conoscete. Grazie Professore per essere qui stasera con noi, perché sarà importante anche capire come un IRCCS tanto prestigioso, tanto importante, dove si fa, non solo ricerca ad altissimo livello ma cura, perché lo Spallanzani ha an-

che questa funzione, come da questa esperienza, si può andare sul territorio.

Quello che vuole fare il Governo e che adesso vedremo fino a che punto, anche con l'Assessore alla Sanità del Lazio Alessio D'Amato, che ringrazio di essere qui, capiremo quindi come, attraverso le Case di Comunità, attraverso gli Ospedali di prossimità, attraverso la digitalizzazione si possa creare un'integrazione con il territorio.

Federico Spandonaro, che voi conoscete, insegna all'Università di Tor Vergata e soprattutto è il Presidente di CREA Sanità, un'eccellentissima organizzazione fondazione, è giusto riconoscerlo, che produce studi, che produce ricerca scientifica proprio sull'utilizzazione degli strumenti per fare buona sanità.

Poi naturalmente per ultima, la nostra ospite, la Presidente dell'AIOP Lazio Jessica Faroni che è inutile che ve la presenti perché credo proprio che la conosciate tutti e la apprezziate tutti.

Noi abbiamo lo sperimentato durante la pandemia, a parte l'emergenza, che quando l'edificio brucia tutti scappano, non parliamo quindi dell'emergenza ma parliamo di come, superata la prima fase di emergenza, il sistema ha reagito: con la sconnessione dei servizi tra territorio ed ospedale, con delle enormi differenze regionali, fra regioni e all'interno delle regioni.

Però tutto questo la pandemia lo ha soltanto messo in evidenza, ha messo l'evidenziatore, perché le buone pratiche, la buona offerta dei servizi sanitari, ovviamente esistono nel nostro paese ed il Lazio fa parte di quel club non troppo frequentato, purtroppo, di regioni che riescono a dare un'assistenza di qualità ai loro assistiti. Però abbiamo visto anche una serie di imperfezioni, facciamo i buoni, su cui adesso vogliamo discutere per capire, con tutti questi soldi, se possiamo fare qualcosa.

Molto a volo d'angelo, senza entrare nel dettaglio ma per darvi un'idea di che cosa sia l'iniziativa 6, così si chiama, del PNRR, che è divisa appunto





in 6 parti e la sesta è dedicata alla sanità.

In tutto sono 7 miliardi più 8 e qualcosa quindi 15 miliardi in tutto, da dividere tra reti di prossimità, strutture intermedie con la telemedicina, qui vedremo con Spandonaro quanto serve ma come deve essere utilizzata la telemedicina perché non è esattamente mettere un cellulare, un palmare davanti alla faccia del malato e il medico dall'altro lato dice girati a sinistra e voltati a destra. Oppure il fascicolo sanitario elettronico di cui io parlo da vent'anni: ora ci arriveremo con uno strumento che ha già vent'anni, per esempio.

Allora: 1.288 Case di Comunità, entro il 2026, saranno nuove oppure esistenti e qui vedremo anche come chi nella sanità privata, come voi, dovrà e potrà contribuire essendo già esistente perché siete esi-

stenti. Capiremo quindi quale sarà la possibile collaborazione pubblico-privato.

Queste Case di Comunità che nel Lazio, se non vado errato Assessore, saranno 147 di cui 22 già attive e 125 sono da realizzare. Dove si realizzeranno? Facciamo nuovi muri, nuovi palazzi, nuove strutture oppure sarà possibile magari riconvertire quello che già c'è in alcuni casi, strutturandolo in un modo diverso?

Il personale che servirà lo prendiamo dalla Romania, dall'Albania? Perché purtroppo qua in Italia gli infermieri sono quelli, gli specialisti sono quelli. Sono aumentate le borse di studio grazie al Ministro Speranza e allo sfinimento che gli ha dato Filippo Anelli, della FNOMCeO, un dobermann che è riuscito ad aumentare le borse di studio di specializzazione, ma purtroppo sempre là stiamo.

Bisogna pensare come aumentare l'offerta sul territorio, come è giusto che sia, anche per un fattore demografico, visto che andiamo verso una popolazione sempre più anziana, quindi le Case di Comunità, i servizi domiciliari, l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Il Ministro Speranza punta moltissimo sull'infermiere a domicilio e tutto quello che si può portare in

casa evitando gli spostamenti fisici, ma anche questo, come deve essere organizzato?

Sono sicuro che l'Assessore D'Amato adesso ce lo spiegherà. Tutto questo dovrà interessare il 10% della popolazione italiana, cioè quelli che hanno più di 65 anni.

Telemedicina, domotica, digitalizzazione, tutte cose meravigliose che noi vediamo quando accendiamo la televisione e ci mettiamo su un film americano perché li già li vediamo.

Come trasformare tutto questo, non in un business? Peraltro, non è che io sia contrario ai business, qualcuno ci dovrà guadagnare se produce delle cose, ma che siano utili alla collettività.

Infine, il settore delle cure intermedie. Quindi 381 ospedali di comunità a livello nazionale, qui nel Lazio ce ne saranno 37, che avranno fra 20 e 40 posti letto per un'assistenza che sia chiaramente di media intensità. Tutto questo ha anche un calendario, come adesso ci dirà l'Assessore, entro settembre bisogna già fare la ricognizione.

Chiudo rapidamente accennando all'altro lato, gli 8,63 miliardi che vanno invece al Servizio Sanitario Nazionale, 3.133 nuove risonanze magnetiche, TAC, grandi apparecchiature che servono, quelle che abbiamo sono ormai obsolete, quelle che hanno superato i cinque anni dovrebbero essere dismesse. La digitalizzazione di 280 grandi ospedali, quelli che ospitano IDEA di primo e secondo livello. Poi ci saranno 3.500 nuovi posti letto in terapia intensiva, 4.225 in sub intensiva e infine il famigerato fascicolo sanitario elettronico.

Poi un nuovo sistema informativo sanitario per monitorare i LEA e questo è molto interessante perché Osserva Salute, che voi conoscerete, che è quel rapporto che produce l'Università Cattolica, il Professor Ricciardi e il suo gruppo, ci ricorda ogni volta che la speranza di vita a Napoli, in Campania, è di 81 anni e mezzo mentre a Trento è di 84, ma non siamo due nazioni diverse!

Peraltro, gli ultimi cinque anni dei campani sono pessimi, dice Osserva Salute. Poi c'è la parte che interessa gli IRCCS perché arriveranno dei soldi per la ricerca. Lei è molto contento Professore probabilmente, e poi nasceranno dei centri per le malattie rare.

In tutto ciò la sanità privata, qui nel Lazio coinvolge 17 mila professionisti, tra medici, infermieri, riabilitatori e tutto quello che serve a dare una risposta di salute, 120 le strutture, e avete 12 mila posti letto che non sono pochi.

Questo quadro, che ho accennato, ci fa capire come si inserisce anche l'altro braccio, che è sempre servizio sanitario, perché siete all'interno, siete una parte del Servizio Sanitario, non la parte pubblica ma quella privata.



## JESSICA VERONICA FARONI

*Presidente AIOP Lazio*

**G**razie per la bellissima introduzione. Affrontiamo proprio questo argomento del PNRR per capire la sanità privata cosa può fare in questo momento. Abbiamo condiviso con l'Assessore, con la Regione, le problematiche soprattutto rispetto a quello che lei ha detto prima: costruzione di nuovi ospedali. C'è spazio all'interno dei nostri edifici e sono emerse le prime criticità.

Se voi pensate che la costruzione di queste nuove strutture dovrà essere fatta in base a un criterio di densità, capite bene tutti che la densità maggiore è nelle città. Quindi che facciamo? Ne costruiamo 137 nelle città e all'esterno il territorio rimane scoperto?

Questa è una problematica che ci cala dall'alto, a noi ma soprattutto alla Regione e che dovremo affrontare insieme.

Sulla seconda parte, quella della digitalizzazione, come ha detto lei, cerchiamo di utilizzare bene le risorse messe a disposizione, cerchiamo di fare qualcosa che sia utile al paziente e cerchiamo di non rimandare indietro i soldi.

Per cui noi nel nostro piccolo, come AIOP, abbiamo portato due piccoli studi. Ve li mostro brevemente. Li ho fatti nelle mie strutture, finanziati da me, ma soltanto per portare qualcosa di pratico e concreto.

L'abbiamo fatto a Veroli per questioni di praticità organizzativa. Abbiamo

## Sperimentazione di Telemedicina

Dott.ssa Jessica Faroni  
Presidente AIOP Lazio



Con la partecipazione di:



selezionato 10 pazienti ricoverati e 10 a domicilio e il personale sanitario coinvolto è di 15 unità. I parametri monitorati sono stati: pressione, temperatura, ossigeno e la frequenza cardiaca. Il tutto in collaborazione con la SOL che è una multinazionale americana.

Abbiamo cercato di capire che cosa è questa telemedicina. Brevemente mando il video per farvi capire cos'è questo strumento di telemedicina che può essere utile al paziente quando torna a casa.

Il primo parametro misurato è la pressione arteriosa, sistolica e diastolica, attraverso l'utilizzo di un manicotto. Il secondo parametro di misurazione è la misurazione dell'ossigenazione, il paziente indossa il dispositivo per 10 secondi. Il terzo parametro è la temperatura corporea che viene misurata per cinque secondi nel padiglione auricolare. L'ultimo parametro è la frequenza cardiaca. Un dispositivo che permette di inviare in remoto i parametri della traccia elettrocardiaca.

Stiamo osservando un paziente che si sta monitorando da circa due settimane, i parametri che arrivano all'operatore, al medico sono: frequenza cardiaca, pressione sistolica, pressione diastolica, la ossimetria. Abbiamo escluso la temperatura, glicemia e frequenza del respiro perché nel caso specifico erano dati che a noi non servivano. Quindi questo è quello che il medico può osservare in diretta o in differita secondo delle situazioni.

Vi è una piccola valigetta che si dà al paziente. È stato formato il personale e, chiaramente, il paziente per saper utilizzare il dispositivo e sono stati forniti di tablet e dispositivi clinici.

Il dato di questa slide, secondo me importante, qual è? È quello che sono state fatte tre misurazioni al giorno e sono stati raccolti più di 8.000 dati sanitari. Questo deve far riflettere quanto costerebbe in termini di tempo di personale sanitario e di movimento del paziente stesso, per andare alle misurazioni su 100 pazienti, 8.000 dati. Su queste altre due slide invece vi invito a riflettere, perché noi abbiamo a che fare con una popolazione abbastanza anziana a cui stai dando un macchinario che devono saper utilizzare. Già per quelli della mia età quando gli cambi il telefonino è pro-

**Il Progetto:**

**DOVE:** Clinica Città Bianca di Veroli (Gruppo INI)

**QUANDO:** 10 Agosto - 20 Settembre 2021

**PAZIENTI:** Selezionati 10 + 10 pazienti di ortopedia (post operati e in riabilitazione)

**PERSONALE SANITARIO:** n.15 tra medici ed infermieri

**PARAMETRI MONITORATI:** Pressione, Temperatura, SPO2 e Frequenza cardiaca



**PNRR**

La sperimentazione doveva essere aderente al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, e favorire i processi di digitalizzazione sanitaria.

**Il Progetto:**  
al 10 novembre 2021

**DOVE:** Clinica Città Bianca di Veroli (Gruppo INI)

**QUANDO:** 10 Agosto - 10 Novembre 2021

**PAZIENTI:** Selezionati 50 + 100 pazienti di ortopedia (post operati e in riabilitazione)

**PERSONALE SANITARIO:** n.20 tra medici ed infermieri

**PARAMETRI MONITORATI:** Pressione, Temperatura, SPO2 e Frequenza cardiaca



**PNRR**

La sperimentazione doveva essere aderente al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, e favorire i processi di digitalizzazione sanitaria.

blematico, immaginiamo per una persona che abbia più di 80 anni quanto possa essere difficile.

Abbiamo quindi fatto prima l'intervista ai medici che, al pari della persona anziana, non sono molto bravi con tutti questi *device*. Nel primo grafico a torta, quello che vedete è che all'inizio erano scettici circa un 50%; dopo averlo utilizzato si sono ridotti al 33%, che equivale a dire che sono stati contenti, l'hanno trovato facile e fruibile.

Alle altre due domande che abbiamo fatto sono se hanno risparmiato tempo e se hanno potuto seguire la terapia a casa, dopo averlo utilizzato, e hanno risposto: "Sì, ci è stato molto utile." Questa è l'altra parte: il paziente. Al paziente prima abbiamo chiesto: "Secondo lei, la visita in telemedicina, sarà la stessa di quella in presenza?" Anche lì, gli scettici hanno cambiato tutti idea e hanno apprezzato la visita in telemedicina perché, comunque, il paziente si è sentito seguito, soprattutto per quelle cose che

Lo studio è proseguito oltre la data dell'evento, si riportano i dati raccolti al 10 novembre 2021.

### La Strumentazione

Per la sperimentazione è stato utilizzato un dispositivo medico multiparametrico **PC 300** molto semplice da usare connesso con la piattaforma digitale Remote Salus tramite il tablet.

Misurazioni:



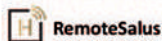
I pazienti hanno portato a domicilio una valigetta contenente il dispositivo e un tablet per effettuare il telecontrollo e le televisite



### FASI DEL PROGETTO

Attività svolte:

- Formazione personale sanitario
- Formazione ai pazienti per il telemonitoraggio
- Installazione piattaforma di telemedicina



- Consegnati 10 tablet e 10 dispositivi (PC 300) ai pazienti
- Consegnati 2 tablet ai medici



Clinica Città Bianca Veroli



**Prima fase:**

I pazienti sono stati telemonitorati dentro la struttura Città Bianca durante la fase di ricovero o durante il Day Hospital

**Seconda fase:**

I pazienti sono stati telemonitorati a domicilio tramite dispositivi e tablet

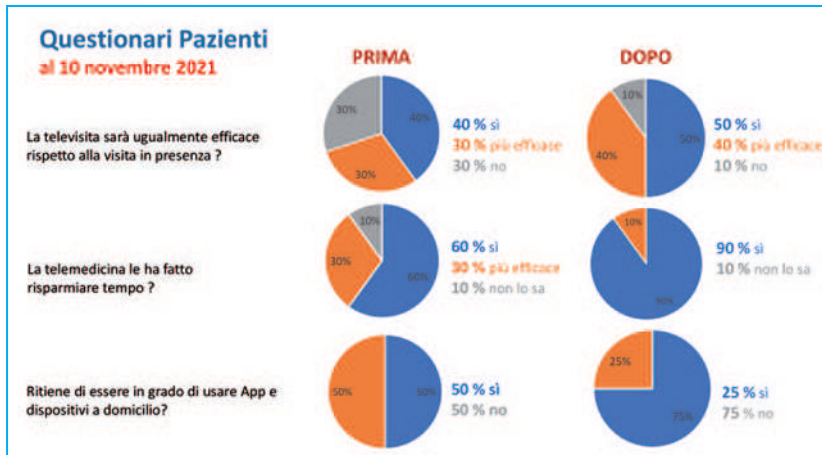
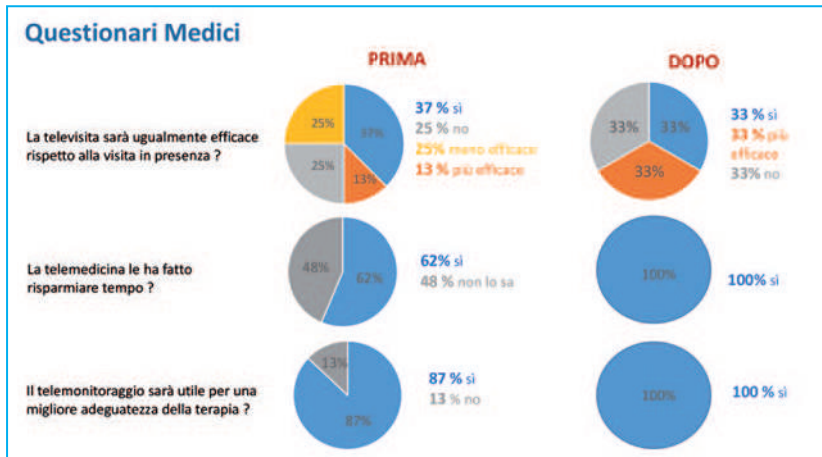
### Risultati

- La piattaforma di telemedicina è risultata di facile utilizzo sia per il personale sanitario sia per i pazienti
- I pazienti hanno effettuato n. 3 misurazioni al giorno → sono stati raccolti più di 8.000 dati sanitari
- La tele visita ha permesso ai pazienti di sentirsi seguiti e ai medici di risparmiare tempo → sono state eseguite 30 televisite
- I medici hanno potuto vedere i dati clinici in tempo reale ed i trend della settimana



Nuovo rapporto medico - paziente





gli servono, come la necessità di comunicare al medico di avere la pressione alta senza prendere l'appuntamento, ha scritto un messaggio e ce li ha davanti, come si è visto prima nel video.

Alla domanda: "Le ha fatto risparmiare tempo?", la risposta è stata: "No." Questo è importante vederlo perché qui il paziente risponde senza pensare a quanto tempo ci metterebbe altrimenti ad andare in ospedale o in una farmacia.

È quindi un dato che ci deve far pensare sulla popolazione che abbiamo davanti. Ritiene invece di essere in grado di usare le App, noi ne siamo rimasti stupiti perché pensavamo che avrebbero risposto tutti no. L'80% ha detto di sì, mentre solo un 20% dopo l'utilizzo della App ha detto di non essere in grado di utilizzarla. Che cosa significa questo breve studio? Ci dà uno spunto di riflessione: abbiamo risparmiato in termini di costi, di tempo, abbiamo seguito meglio il paziente, più a lungo termine, abbiamo raccolto una serie di dati e, soprattutto, è probabile che abbiamo rispar-

### Vantaggi

- Risparmio di costi
- Efficienza del processo
- Risparmio di tempo
- Aderenza alla terapia
- Diminuzione del rischio di aggravamento dello stato del paziente
- Facilità nell'usare la piattaforma e i dispositivi
- Minori accessi al Pronto Soccorso
- Minori Reospedalizzazioni

### Ospedale domani:

Il nuovo modello ospedaliero prevede una medicina digitale, connessa ed efficiente dove il paziente verrà seguito **da remoto** nei luoghi di cura in cui si trova:

*Ospedale Principale – Domicilio – Ospedale di prossimità – Centro Medico – Case della salute - RSA*



La ns. Sperimentazione ha dimostrato che siamo in grado di attivare un servizio di **Telemedicina** in tempi brevi, sicuro ed efficace

miato degli accessi al Pronto Soccorso, perché se tu hai il tracciato tre volte al giorno un paziente e per esempio, fibrilla, lo chiami e non lo mandi in Pronto Soccorso. Questo è importantissimo.

La seconda sperimentazione che abbiamo fatto è una sperimentazione che abbiamo fatto insieme a Samsung che sostanzialmente, manda in streaming la immagini dell'ecografia. Perché è importante questo? È un software abbastanza complesso ed è importante perché se c'è un medico di base a Canicattì che deve far fare un'ecografia, in questo modo deve solo usare il manipolo e da remoto, e possono essere quattro gli specialisti connessi. Può quindi farsi leggere l'ecografia, parlando direttamente con lo specialista il quale può addirittura, quando vede qualcosa che non va, con un segnale luminoso, dire "metti meglio la sonda in quel punto".

A questo è stata poi applicata l'intelligenza artificiale, dove l'imaging fa da maestra perché, comunque sia, si può utilizzare meglio. Qui, come potete vedere, è stata messa a disposizione Less Detect, che è un software

## STREAMING DELLE IMMAGINI ED INTELLIGENZA ARTIFICIALE



In collaborazione con Samsung, INI ha effettuato una **sperimentazione** presso la struttura di Grottaferrata di una **piattaforma ecografica** che permette:

- A. lo **streaming di immagini (SonoSync™)** tra l'ecografo e un dispositivo remoto (tablet, smartphone, pC) in cui le immagini sono condivise in tempo reale tra due professionisti clinici;
- B. l'utilizzo di applicativi di **intelligenza artificiale (S-Detect™)** per il riconoscimento facilitato di lesioni tumorali, nella fattispecie di seno e tiroide;



**SonoSync™** è software complesso di proprietà Samsung e permette la **condivisione interattiva ed in tempo reale dell'immagine ecografica tra due postazioni distanti tra loro**, la prima in cui si trova l'ecografo stesso generante l'immagine ed una seconda che visualizza di concerto la medesima immagine in streaming attraverso dispositivi mobili (laptop, tablet, smartphone) o fissi (pC).





#### Funzionalità e caratteristiche di SonoSync™

- **Condivisione dell'esame** in real-time tra due o più utenti;
- **Chat Vocale**: l'operatore della postazione remota dialoga direttamente con l'ecografista attraverso un canale audio dedicato;
- **Real-time Marking**: l'utente in remoto può generare un marker visivo direttamente sull'ecografo, aiutando il collega nella valutazione;
- **controllo remoto della console dell'ecografo**: l'utente in remoto può disporre della completa gestione dei settaggi dell'esame in corso;
- **Collegamento simultaneo di più utenti remoti** allo stesso ecografo (fino a un max di 4);
- l'intero parco di ecografi equipaggiati con SonoSync possono essere direttamente gestiti e controllati da una **singola stazione centralizzata**;
- **Sicurezza e privacy**. Tutte le immagini e i dati (dell'operatore e del paziente) sono criptati, garantendo massimi livelli di sicurezza e rispetto della privacy. SonoSync™ è conforme agli standard di protezione dati HIPAA ed è CE-marked.

#### Campi di applicazione di SonoSync™




- **consultazione remota** (second opinion) tra professionisti, che comporta:
  - a) **efficientamento del lavoro dei professionisti** attraverso la forte riduzione di spostamenti inutili e una più rapida presa di decisione clinica;
  - b) (potenzialmente) **l'incremento del numero di visite specialistiche**;
  - c) **La riduzione dei rischi di infezione**
- **strumento di training remoto** per addestramento;



#### Intelligenza artificiale

Samsung considera appropriato l'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel campo biomedico per:



-  - **migliorare sensibilmente la qualità delle immagini** così da generare confidenza da parte dell'operatore nelle scelte diagnostiche;
-  - **localizzare/definire automaticamente** e in modo preciso **aree di interesse diagnostico** nelle immagini rilevate (CADE) dalla scansione;
-  - **Suggerire una seconda opinione** in merito alle anomalie osservate (catalogate secondo le linee guida ufficiali ed internazionali) a supporto della decisione clinica del medico (CADx)



della Samsung per l'individuazione preliminare e il riconoscimento delle lesioni tumorali tiroidee e mammella.

Che significa tutto questo? Quando il famoso medico di base sta a Canicattì, vede una lesione tiroidea o della mammella, immette i dati che possono essere l'età del paziente, fumatore o non fumatore, ecc.. Fornisce tutte queste informazioni al computer che le dà in remoto allo specialista, il quale si può esprimere in maniera più specifica rispetto alla lesione stessa. Qual è il succo del discorso? Anche questo può essere qualcosa di utilizzabile, utile per il paziente, utile per i medici, diminuisce tra l'altro il rischio infettivo, che è un rischio al quale oggi dobbiamo pensare e, soprattutto accorcia i tempi e ci fa seguire meglio il paziente.

Adesso lascio spazio alla discussione perché mi sembra che di spunti ne abbiamo dati a sufficienza.





## GERARDO D'AMICO

Quello che la Presidente ci ha prospettato è, tutto sommato, la modernità, quello che si può fare e che, probabilmente, in altre parti del mondo già fanno, con gli strumenti che la tecnologia ci mette a disposizione.

Però, caro Assessore D'Amato, tutto questo lo dobbiamo calare nella nostra realtà. Il medico di medicina generale che ha 2.500 assistiti e che ha il corridoio, non la sala di attesa, il corridoio con le 20 vecchiette che tutti i santi giorni si alzano e, dopo aver fatto colazione, vanno da lui giusto per farsi prescrivere un'altra cosa. Per esempio, con il mio medico che conosco ed è simpatico, ci telefoniamo a Natale per farci gli auguri, e da lui non sono mai stato, però per fortuna ci sono quelli come me che non ci vanno mai. Presidente, il medico non solo deve sorbirsi la vecchina che vuole la prescrizione, ma gli arriva anche una video chiamata con quello che fibrilla. È altro tempo.

È vero quanto diceva la Presidente che si riducono i tempi, ma si moltiplicano i contatti in questo modo perché io, che dal medico non ci vado mai, metti che ho un bruciore di stomaco che non mi piace e ho la video chiamata, che faccio? Gli telefono. E a che ora gli telefono? A qualunque ora a

quel punto? Sarà mai possibile? Poi, con l'attuale organizzazione, Assessore, quello che si dovrebbe fare, perché la Presidente ci ha illustrato e l'hanno fatto pure come esperimento, che si può fare, ma qui ancora portiamo le ecografie a mano da un piano all'altro dello stesso ospedale, per capirci. I primari mandano gli infermieri, di persona, a ritirare un referto perché non gli arriva neanche sul computer.

L'ospedale Gemelli ha un diverso sistema rispetto al San Camillo e tra di loro non si parlano, non si possono scambiare una cartella clinica, o qualsiasi altra informazione. Questa è la realtà. Con questi soldi, Assessore D'Amato, come possiamo trasformare le zucca, non per disprezzare, , come possiamo trasformare quello che oggi riusciamo ad offrire, nel miracolo della carrozza?



## ALESSIO D'AMATO

*Assessore Sanità Regione Lazio*

**P**enso che la realtà oggi veda Roma e il Lazio essere tra le prime aree al mondo per copertura vaccinale, per contrasto alla pandemia. Qualche giorno fa Anthony Fauci, ringraziando, ha portato a modello l'Italia che nella gestione della pandemia, attualmente, sta circa 15 punti avanti in copertura vaccinale rispetto agli Stati Uniti. Implicitamente ha ringraziato tutti voi perché il Lazio, come è noto, è la prima

Regione italiana per copertura vaccinale e anche per cure monoclonali.

Questo non è frutto della fatalità, non è frutto della fortuna, è frutto di un lavoro metodico e di una grande professionalità dei nostri professionisti e anche del contributo prezioso che ha dato la sanità privata in questo contrasto a questa che è la più grande tragedia del nostro secolo.

Il messaggio che vorrei darvi è che nulla rimarrà come prima. Noi avremo un'era pre-Covid e un'era post-Covid. Quando stava per terminare il secondo conflitto bellico, nella seconda guerra mondiale, il Presidente americano che aveva affidato all'ingegner Vannevar Bush il compito di agire nella ricerca, in quel caso finalizzata anche alla vittoria bellica, alla vittoria militare, nel novembre del '44, per cui ancora nel pieno del conflitto, chiese a questo ingegnere del MIT, Massachusetts Institute of Technology, come questo grandissimo sforzo bellico potesse poi, una volta terminato il conflitto, essere riconvertito per il benessere dei cittadini.

Oggi noi stiamo in questa condizione. È chiaro che il conflitto è un conflitto nei confronti della tragedia che è stata la pandemia e che ha fatto, in Italia, più decessi che nei due conflitti bellici messi assieme: oltre 120.000 morti.

Nella nostra Regione abbiamo avuto un tasso di letalità cinque volte minore rispetto a quello della Lombardia, tre volte minore rispetto al tasso dell'Emilia-Romagna, due volte minore rispetto al tasso medio nazionale. Quando c'è la parola *tasso*, dietro ci sono uomini e donne, nostri cittadini, che sono stati difesi e hanno visto la loro vita salvata da voi, da questo sistema sanitario.

Per cui quando dico che nulla sarà come prima, intanto per far tesoro del lavoro che si è svolto assieme, questo è un punto molto importante, lo





sforzo che tutti gli attori hanno fatto assieme.

Pensate un attimo a una cosa che oggi ci appare scontata, ovvero, che nelle farmacie si somministrano i vaccini. Se andiamo a due anni, tre anni fa, un fatto del genere avrebbe, perlomeno, aperto un conflitto di competenze davanti a qualsiasi giudice per dirimere un regio decreto del 1934 che impedisce o impediva, prima della modifica che è stata fatta a livello parlamentare, di fare anche in farmacia le somministrazioni.

Noi abbiamo fatto una chiamata alle armi di fronte a questa che è stata ed è la più grande tragedia che sta vivendo l'umanità in questo secolo, abbiamo fatto una chiamata alle armi in maniera indistinta. Abbiamo chiamato i medici, i professionisti pubblici, i privati, i farmacisti, tutti gli attori per

consentire una più ampia difesa dei nostri cittadini.

Questo è stato un lavoro enorme, ed è un lavoro importante. Qualche giorno fa poi leggo che la Sindaca di Roma ha detto che ha difeso Roma. Sono contento però noi non l'abbiamo vista in questi 601 giorni, era non presente. A Roma c'è un detto che richiama un artista dell'inizio del secolo scorso, Gustavo Cacini. A Roma si dice: "Che fai Cacini?" quando uno fa un po' lo sbruffone. È un detto della romanità nei quartieri popolari: "Ma chi sei Cacini?". Il Sindaco di Roma mi è sembrato un po' che facesse il Cacini in questo caso.

Noi stiamo vivendo una fase, e poi verrò alla risposta alla sua domanda, che ha posto al centro il sistema sanitario nazionale e regionale. Questo è un punto molto importante perché questo sistema sanitario, nel corso degli anni, ha subito una riduzione delle risorse a sua disposizione, molto importante.

Per cui oggi, se noi vogliamo competere con i nostri competitor, Francia e

Germania, dobbiamo sapere che noi abbiamo un fondo sanitario che oggi è sotto finanziato e che dovrà crescere nel corso degli anni di almeno 20-30 miliardi.

Questo è il differenziale tra quello che investe il sistema Italia in sanità e quello che investono i sistemi Germania e Francia in sanità.

Questo significa anche allineare la spesa, che le regioni fanno per quanto riguarda gli acquisti da privati che sono fermi a molti anni fa.

Questi sono aspetti molto importanti.

Vanno riformate le attività professionali. Anche questo è un tema molto rilevante. Non possiamo mettere il vino nuovo nelle otri vecchie, dobbiamo mettere il vino nuovo nelle otri nuove.

Allora tutti devono essere chiamati a fare un salto di qualità. Rispetto a che cosa? Rispetto alle sfide che abbiamo di fronte e il PNRR. Questa è certamente una sfida che ci deve far trarre innanzitutto, a mio avviso, su tre livelli: il primo livello, veniva ricordato, è che noi avremmo tra 15 anni, qui abbiamo il Professor Spandonaro e questo ci dicono gli studiosi, un aumento del 40% degli over 80, per cui, già oggi siamo uno dei paesi più vecchi al mondo, abbiamo una delle aspettative di vita più alte al mondo e questo sarà un vettore sempre più forte e con il quale dobbiamo fare i conti.

Fare i conti con questo significa affrontare con forza il tema della cronicità, portarla fuori delle strutture ospedaliere, affrontare con forza il tema di alcune patologie in forte crescita, soprattutto le patologie neurodegenerative, penso all'Alzheimer, al Parkinson, che sono questioni che diventano dei drammi quando una famiglia ha a che fare con questi temi.

È un modello, quello dell'Italia, che purtroppo vede i più bassi tassi di fertilità in ambito OCSE, per cui noi avremo sempre più anziani e sempre meno nascite. Un tema che deve far riflettere tutti.

Quando dico tutti significa che ognuno deve fare la propria parte. Noi, per quanto riguarda il sistema sanitario regionale, sapete bene che abbiamo affrontato non solo la sfida Covid e veniamo visti come un modello a livello italiano e a livello europeo. Ma veniamo fuori da una lunga stagione di commissariamento della sanità, stante l'altissimo disavanzo, e questo era un modello che, oltre dieci anni fa, era caratterizzato da un alto disavanzo e da una bassa qualità dei servizi.

Oggi abbiamo un bilancio in sostanziale pareggio e un livello di erogazione dei LEA per la prima volta superiore ai 200 punti. Ma questo non è perché l'oste dice che il suo vino è buono, è lo Stato che monitora tutte le regioni, e il Lazio, per la prima volta, è sopra a 203.

E che significa 203? Cosa c'è dietro a questi numeri?

Vi faccio un esempio, sui casi trattati in PTCA, per quanto riguarda gli infarti, la proporzione di angioplastiche trattate nei 90 minuti, noi partiva-



mo da un dato che era inferiore al 30%, oggi stiamo a un dato che è sopra il 60%. Nel concreto questo significa che nell'ultimo anno, 11 mila soggetti che hanno avuto questa patologia, sono stati trattati in maniera appropriata entro 90 minuti e gli è stata salvata la vita.

Sono cose molto concrete. Il modello, quindi, già sta cambiando, sta subendo, e dovrà subire un'accelerazione nel post Covid, di cui tutti dobbiamo sentirci parte in causa.

I medici di medicina generale. Il modello di formazione dei medici di medicina generale, così com'è, non funziona. Lo dico in maniera molto chiara, è un tema che riguarda le università, che riguarda la formazione, va totalmente ripensato.

Quando ho detto ai nostri medici, che sono circa 4.500, che acquisteremo noi i moderni ecografi che potranno utilizzare in maniera collegata in rete e ho chiesto loro in quanti sono in grado di farlo, la risposta è che erano solo una piccola parte. Capite bene allora che c'è un tema enorme di formazione, ma enorme.

È un esercito, un piccolo esercito. Queste persone, questi professionisti che noi vogliamo aiutare, hanno un ruolo straordinario perché tutto il PNRR senza di loro, non cammina, parliamoci chiaro, la sanità territoriale è in parte fortemente basata sui medici di medicina generale.

Allora qui ci deve essere uno sforzo, che fa l'intero paese, di ripensare il modello sanitario. Noi abbiamo avanzato delle proposte, anche in sede di Conferenza delle Regioni. Sicuramente lavoreremo affinché, nei tempi prestabiliti, si possano utilizzare le risorse del PNRR in maniera appropriata e nel migliore dei modi, ma non basta costruire i contenitori. Voglio essere molto chiaro, quei contenitori che, a mio avviso, dovranno essere non, nella maggior parte dei casi, di nuova edificazione ma probabilmente recupero di strutture già esistenti, devono saper raccogliere la sfida.

La sfida è la cronicità e i percorsi diagnostici terapeutici, è la sfida della telemedicina e del telemonitoraggio a distanza, su cui abbiamo già fatto dei passi in avanti, dei modelli molto importanti che possono essere, ovviamente, migliorati, rivisitati ma, soprattutto devono essere estesi a tutti e abbiamo bisogno di una crescita dei professionisti.

La medicina di base deve crescere, non è possibile che ci sia un percorso formativo che è uguale e, a un certo punto, si divide per cui chi lavora negli ospedali deve fare le specializzazioni universitarie e gli altri fanno i corsi di formazione. Questo non va bene.

Ci deve essere quindi un impegno del Parlamento, dello Stato a modificare questo. Dove sta scritto che non ci possa essere una interdisciplina tra di loro? Dove sta scritto che un pediatra di libera scelta, mai una volta che entra nel suo percorso lavorativo, mai vedrà un ospedale pediatrico?

## GERARDO D'AMICO

La Lombardia vuole trasformarli in dipendenti, per capirci. Lei che ne pensa?

## ALESSIO D'AMATO

Innanzitutto, c'è un tema formativo: bisogna fare la formazione della medicina del territorio. Deve essere una specializzazione medica al pari di quella che è per la cardiologia. Deve diventare una specializzazione.

La specializzazione significa che dobbiamo chiedere a questi professionisti di essere in grado di fare alcune cose. Le prime questioni sono la presa in carico dei pazienti cronici, saper fare un'ecografia, saper fare un elettrocardiogramma, non prescrivere ma fare, che è leggermente diverso. Saperlo trasferire a distanza.

Noi dobbiamo puntare sui giovani, sui giovani medici.

La Lombardia va bene ma la Lombardia ci segue come modello ora in questa fase del Covid. Voglio dire che noi facciamo fatti e non parole. Noi stiamo affrontando la più grande tragedia del secolo e nella più grande tragedia del secolo i professionisti del Lazio, questa platea non conosce la Lombardia per essere molto chiari, perché noi abbiamo fatto, prima di altri, in un fattore tempo determinante e i risultati sono chiari.

Roma è stata la prima metropoli europea a conoscere il virus. Roma il 29 gennaio del 2020 aveva qua, sul proprio suolo, i primi due casi positivi in tutta l'Europa. D'accordo? Quando arrivò il mezzo in biocontenimento, era un mese prima di Lodi e Codogno e arrivò il mezzo in biocontenimento. Significa che il modello, il sistema era già allertato. Su cosa? Sul fatto che c'era un sintomo, febbre, una provenienza, Hubei, ed è scattato l'allarme.

Questo è stato il modello Lazio da allora ad oggi. Per cui discutiamo con tutti, con Lombardia, con la Baviera, con chiunque però oggi il Lazio ha voce in capitolo e questi professionisti hanno voce in capitolo.

Lei mi domanda cosa ne pensiamo. Penso che si debba cambiare le scuole di specializzazione, bisogna dare ai giovani medici una possibilità, su base volontaria, di scegliere a inizio del percorso formativo, quale strada intraprendere. Penso che siano strade che debbono essere interdisciplinari tra di loro. Un pediatra di libera scelta, è giusto e doveroso che un mese all'anno vada in un ospedale pediatrico a conoscere le nuove prospettive, le nuove tecnologie e viceversa. Queste canne d'organo che non si incontrano mai, non è possibile più averle.

Oggi il Lazio ha voglia di correre, oggi i professionisti del Lazio sono stanchi dopo undici anni di commissariamento e abbiamo voglia di correre e di dimostrare di che pasta sono fatti i nostri professionisti. Ci devono met-



tere in condizione di farlo. Noi non temiamo confronti. Voglio essere chiaro perché nel momento della tragedia abbiamo dimostrato di saper fare e di sapere fare bene e vogliamo competere con tutti.

Nelle nostre terapie intensive, abbiamo ospitato pazienti di Bergamo, di Brescia, di Como, di Milano in uno spirito di solidarietà nazionale perché era giusto così e lo rifarei ancora. Non temiamo confronti su questo.

Il Covid segna uno spartiacque da cui non si tornerà indietro.

Sono quindici anni che ci tengono legati, non so se è chiaro?

#### **GERARDO D'AMICO**

E' chiarissimo. Lei è stato più che chiaro.

#### **ALESSIO D'AMATO**

A questa platea io lo devo dire. I lombardi godono, ovviamente del fondo sanitario, nel riparto che gli compete, pro capite e ci mancherebbe altro.

#### **GERARDO D'AMICO**

Hanno il doppio della popolazione.

#### **ALESSIO D'AMATO**

In più però noi, poiché siamo stati sottoposti a delle regole stringenti, abbiamo rispetto a loro dei vincoli che loro non hanno. Tradotto, loro oltre al fondo hanno altri 700 milioni che derivano dalle modalità della mobilità sanitaria che noi non vogliamo più accettare.

Noi diciamo che i cittadini devono essere liberi e devono scegliere dove andare, ma la base di partenza deve essere uguale per tutti. Noi siamo usciti dal commissariamento, quest'anno usciremo dal piano di rientro e poi ci confrontiamo con tutti, con Milano, con la Lombardia e con chiunque si voglia confrontare.

Noi abbiamo dei professionisti validissime. Qua noi formiamo il 25% dei medici italiani che, in virtù del commissariamento, non potevamo reclutare per il blocco. Adesso questa storia deve finire. Scusate se mi accaloro.

#### **GERARDO D'AMICO**

È tutto chiarissimo. Professor Spandonaro, l'Assessore D'Amato ci ha presentato lo status quo, sostanzialmente: i grandi sforzi, i grandi successi anche che il Lazio è riuscito a cogliere durante la pandemia.

Qui però siamo oltre, noi stiamo parlando del PNRR che presume un passo avanti. Noi, lo accennavo prima, grazie ai vaccini, siamo usciti dalla fase emergenziale, almeno noi vaccinati, poi le teste gloriose che pensano che sia un'influenza e che, tutto sommato, aspettano chissà quale rimedio farmacologico e miracoloso, sono affari loro e purtroppo affari dei medici

che dovranno curarli, ma siamo usciti o stiamo uscendo dall'emergenza. PNRR quindi tutto l'investimento di soldi, di questi 7 miliardi sul territorio. Quando noi parliamo di Ospedali di Comunità, quando parliamo di Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità hanno addirittura fino a 40 posti letti, quando parliamo di COT, che sono le Centrali Operative Territoriali che dovranno fare tutta una serie di coordinamenti, come accennava l'Assessore D'Amato, noi non siamo più in questo paradigma, Assessore. Quello che lei ci ha raccontato, se veramente si realizza il PNRR, non c'è più, siamo oltre. O no? Mi fa capire, ci fa capire a tutti quanti qual è il nuovo scenario? E poi voglio chiederlo all'Assessore D'Amato, che con i numeri ci sa fare, se 7 miliardi poi bastano a fare tutto quello che hanno proposto. Che dice lei?



## FEDERICO SPANDONARO

*Università Tor Vergata*

**P**rovo a rispondere, ovviamente partendo da quello che si legge dai documenti e con una visione più "macro" dei problemi del sistema. Il PNRR è, ovviamente, una grandissima occasione: il fatto che sia stato approvato è di per sé un grande successo; ho, però, la sensazione che per farlo approvare nei tempi disponibili, si sia deciso di concentrare il Piano sugli investimenti più semplici da "cantierare": sostanzialmente "muri" e attrezzature.

Il problema è che non darei per scontato che emerga dal Piano una chiara



indicazione del modello di servizio sanitario che vogliamo per il futuro. In realtà stiamo finanziando attività che, per lo più, erano già previste e che per mancanza di fondi, come ha già richiamato l'Assessore, non sono state realizzate; un esempio evidente è il fascicolo sanitario elettronico.

Lo stesso dicasi per il potenziamento del territorio, che era l'oggetto principale della legge Balduzzi datata 2012.

La domanda che ci si dovrebbe fare è perché, essendoci già una legge, in questi quasi 10 anni non si sia fatto quasi nulla? Io ritengo che il problema del territorio non sia quello di avere qualche struttura in più, o qualche finanziamento in più, quanto la mancanza di una chiara visione del modello che si vuole adottare: in altri termini, mentre l'ospedale è un'organizzazione di cui conosciamo praticamente tutto, per il territorio non abbiamo ancora elaborato un modello di funzionamento.

Devo osservare che il concetto più abusato nel nostro SSN, negli ultimi anni, è diventato quello della "presa in carico", che pur sempre richiamato, nella realtà si scontra con l'evidenza che il cittadino è spesso rimbalzato in molti "luoghi" diversi, faticando terribilmente ad accedere ai servizi. E in termini di integrazione e coordinamento non possiamo dimenticare che il principale difetto del PNRR è la "rimozione" della questione dell'integrazione fra sistema sanitario e sociale: questa era l'occasione per avere vision, e impostare un vero servizio socio-sanitario, ma si è forse persa.

### GERARDO D'AMICO

La Missione 5 però del PNRR è sul sociale, disabilità, inclusione.

### FEDERICO SPANDONARO

Ha ragione l'Assessore: e se è per questo, nella Missione 5 c'è anche scritto che bisogna rivedere il modello delle RSA e quindi la Sanità beneficerà di qualcosa in più dei 20 miliardi della Missione 6, essendoci nella Missione 5 aspetti che riguardano la Sanità. Quello che manca è una chiara vision, di cui faccia parte l'integrazione fra i bisogni sanitari e sociali.

Il tema della vision è l'aspetto cruciale, in termini di ammodernamento del SSN: da questo punto di vista credo ci siano almeno tre capisaldi che bisogna non trascurare; il primo è che, ovviamente, se facciamo muri e compriamo attrezzature, le scelte devono essere fatte in modo di aumentare la produttività e l'efficienza del sistema. La questione è fondamentale, perché le risorse sono ingenti ma sono a debito. Dovremo, in altri termini, restituire per oltre due terzi le risorse ricevute. Ma, visto che è prevedibile che le Regioni già quest'anno avranno grossi problemi a chiudere

i bilanci in equilibrio, si pone il problema di aumentare l'efficienza del sistema, sia per mantenerlo sostenibile, sia per liberare le risorse necessarie per ripagare il debito.

Detta in altro modo, l'aspetto più critico è che abbiamo risorse per gli investimenti, ovvero per spese in conto capitale, ma non per la gestione delle strutture che andiamo creando. Per esemplificare, possiamo costruire strutture, ma non abbiamo soldi per mantenerle, e assumere il personale.

Il secondo capisaldo è che va superato il misunderstanding di una presunta contrapposizione tra il territorio e l'ospedale. La narrazione prevalente è che il territorio deve essere un filtro per l'ospedale.

In realtà, negli ultimi 10 anni, gli ospedali hanno ridotto del 30-40% i ricoveri mentre è aumentata l'attività specialistica (out-patient). Di fatto è una attività ambulatoriale che è tipicamente "territoriale".

Propendo per leggere questo dato dicendo che l'ospedale è parte del territorio, e quest'ultimo non si svilupperà mai se non è collegato con l'ospedale. In altri termini, nessuno si "fermerà" alla Casa di Comunità, se questa non è collegata con gli specialisti ospedalieri.

Su questa ultima osservazione si innesta il terzo capisaldo: ovvero definire cosa si intende per transizione digitale.

La transizione digitale, evidentemente, non è, finalmente, completare il fascicolo sanitario elettronico, ma piuttosto farlo evolvere verso la creazione di una piattaforma digitale con la quale i cittadini possano, per esempio, dialogare congiuntamente con il proprio medico di base e lo specialista.

E dato che gli specialisti sono pochi, e non li possiamo tirare fuori dagli ospedali e portarli sul territorio, dobbiamo sfruttare le tecnologie digitali





per creare condizioni nelle quali le persone si sentano davvero seguite.

Riassumendo, e senza entrare nei dettagli dei singoli investimenti, credo che il problema più grande sia fare chiarezza sul tema dell'efficientamento. Compriamo attrezzature? Va bene, ma devono lavorare il doppio di prima.

Inoltre, mettere insieme la Missione 5 (inclusione) con la 6 (sanità): se con misure quali l'housing sociale (evidentemente è solo un esempio), che è previsto nella missione 5, non evitiamo che le persone risultino di fatto non autosufficienti, allora non c'è assistenza sanitaria domiciliare potenziata nella missione 6 che "tenga" ... dovremo, infatti, assumere un numero di operatori così elevato che decisamente è oltre quello che possiamo permetterci: per convincersene basta moltiplicare

il numero di persone non autosufficienti per un numero "decente" di ore di assistenza domiciliare.

Questi elementi vanno rimessi insieme: gli investimenti vanno fatti per aumentare la produttività e l'efficienza; e, principalmente, bisogna pensare a un modo nuovo di "fare territorio", sfruttando l'integrazione resa possibile oggi dal digitale.

In questo ultimo punto si annida anche la questione del rapporto tra il pubblico e il privato, perché è chiaro che non si può immaginare una piattaforma come quella sopra richiamata, se poi ci dialogano fra loro solamente gli ospedali pubblici o, peggio ancora, solo alcune parti del settore pubblico: o la piattaforma connette davvero tutti o è "perdente"; il valore si crea il ripensamento e l'integrazione dei servizi, come ci insegna Amazon e, in generale, tutte le piattaforme digitali che oggi hanno cambiato il nostro modo di vivere.

## GERARDO D'AMICO

Anche perché i privati sono notoriamente molto più agili da questo punto di vista, quindi perderebbe sicuramente il pubblico, con molta probabilità, se venissero esclusi. Non conviene quindi, secondo me, al pubblico non tirarvi dentro. Questa è una mia idea.

Sentiamo il Professor Vaia, non solo che pensa di questa cosa, ma anche, che a noi interessa molto, avere la sua visione sul futuro di un ospedale. Siete al Sacco di Milano, siete il centro di riferimento nazionale.

Il Sacco di Milano e lo Spallanzani di Roma, sono centri di riferimento nazionale per la virologia nel nostro paese, per le malattie infettive e sappiamo tutti, è inutile che vi racconto, quello che ha fatto lo Spallanzani e che sta continuando a fare.

Dicevo prima ricerca ad altissimo livello, Covid ma non solo perché poi, signori, la pandemia passerà, noi non vivremo tutta la nostra vita con il Covid. Purtroppo però abbiamo ancora un'epatite C che, grazie, ai farmaci, si riesce ad eradicare, ma è ancora presente sul territorio, abbiamo l'HIV per cui esistono dei farmaci stupendi, però ancora c'è e poi mille altre patologie che sono di casa allo Spallanzani.

La ricerca scientifica, con il PNRR, come vi avvantaggerà? Però, Professore anche il suo parere su come sia possibile immaginare una interconnessione di un istituto tanto specialistico, con il territorio.





## FRANCESCO VAIA

*Direttore IRCCS Spallanzani*

**I**ntanto grazie all'AIOP di avermi invitato. Voglio dire in premessa che, al di là della passione che ci mette sempre l'Assessore D'Amato (come ha fatto in tutto questo periodo, in cui ha guidato, condotto tutto questo esercito di sanitari pubblici e privati e questo glielo riconosce tutta Italia), al di là della passione, ha detto due-tre cose che vorrei richiamare nel mio brevissimo intervento.

Questa pandemia, innanzitutto, ci ha cambiati e ci cambierà. Noi dovremo tornare, lo dico da sempre, stiamo per tornare alla normalità in una maniera diversa rispetto al passato, ma in questo periodo sono stati introdotti, applicati, concretizzati, una serie di principi che ogni tanto ricordiamo. Lei diceva: "sì, però sono parole". Io dico spesso: l'affermazione, il fonna, si deve poi concretizzare nell'azione quotidiana.

Vogliamo dire per esempio che una delle cose che mi sta più a cuore, l'integrazione pubblico-privato, in questo tempo non è stata concretizzata? Io direi di sì. Questa Regione ha concretizzato, nell'ambito della pandemia, una integrazione pubblico-privato. L'ha realizzata in maniera concreta.

Rispetto al PNRR, in particolare, per motivi di missione, nella Regione e in particolare allo Spallanzani, alcune parole chiave che il Piano di Ripresa evidenza (mi piace chiamarlo di Ripresa, più che di Resilienza), sono già diventate concrete. È partita una possibilità concreta di mettere in campo un'integrazione ospedale-territorio, il cui tessuto connettivo sono persone. Ad esempio, le USCAR sono state il nostro esercito sul territorio

e lo sono ancora. Le USCAR servono anche per un'attività che potrebbe sembrare non importante ma, ad esempio, saranno presenti in questi giorni presso i seggi elettorali. Vengo al tema del territorio. È certamente una supplenza, perché il tema della territorialità è stato negletto per tanti anni. È inutile dirlo, quella che è l'intuizione del '78, della 833, è stata un'intuizione che però si è fermata lì, ad un fonema, ad un'intuizione.

Ora che bisogna fare? Lo voglio ribadire: quando c'era la pandemia che ci spaventava e la gente si lamentava e diceva che il medico di famiglia non andava a casa, era la verità. Aveva paura, era impreparato, non lo so. Però accadeva che il medico di famiglia non era prossimo a chi doveva esserlo. E che cosa abbiamo capito? Abbiamo surrogato queste funzioni con le USCAR: tutti giovani, tutti bravissimi etc.

Ma oggi bisogna fare un salto. Bisogna immaginare un nuovo medico, il medico della territorialità, che metta insieme anche le specialistiche già esistenti. Il medico specialista ambulatoriale, in una nuova visione di sintesi, che si renda prossimo, che prenda in carico e che si rapporti direttamente con l'ospedale.

Lo Spallanzani, inserito pienamente nel sistema regionale, è stato efficiente. Vogliamo dircelo? È stato efficiente. I medici, i miei colleghi dello Spallanzani, sono stati a lavoro sempre: rispondevano alle richieste di consulenza e guardavano le immagini da remoto. Non è la telemedicina che vogliamo nella sua completezza, ma c'è, questo c'è, c'è stato e probabilmente ci sarà ancora di più.

Ci sono poi dei progetti. Qui c'è Giorgio Casati: la Asl Roma 2 ha già applicato un progetto che si chiama "10 per 10" e che coinvolge dieci medici di famiglia, ognuno con dieci pazienti, a ciascuno dei quali vengono forniti dei device che si collegano direttamente non solo con il medico di famiglia, ma anche con il medico dello Spallanzani, che decide in base ai segnali e agli eventi sentinella e indica se ricoverarlo o meno. Già c'è questo. Bisogna perfezionarlo, ma questa pandemia ha già dimostrato, dal nostro punto di vista organizzativo, che è possibile una sanità diversa.

Noi siamo molto sensibili (anch'io sono molto sensibile, devo essere onesto) quando si citano altre regioni o altri colleghi. Sono sensibile perché qui i contagi negli ospedali sono stati bassissimi e dà un po' fastidio se poi qualcuno, da Milano o da un'altra città, vuole dirci come si fa. Non si può. I colleghi, direttori sanitari degli ospedali e delle cliniche, nella stragrande maggioranza, sono stati attenti a separare i percorsi e qui a Roma non c'è stato un ospedale che abbia prima fatto crescere e poi rilanciato il contagio.

Oggi per me, ma soprattutto per lo Spallanzani, è una bellissima giornata, perché siamo stati premiati, alla presenza del Capo dello Stato, con il premio Leonardo. Io sono, lo dico da sempre, un narratore di gesta, non sono

un clinico, non guarisco, non curo le persone, narro quello che fanno i miei colleghi e spero di narrarlo nel miglior modo possibile. Questo faccio, oltre ad essere un organizzatore. Cerco di narrare bene quello che noi facciamo, le gesta dei miei colleghi, che sono stati bravissimi.

Quando siamo stati chiamati a ritirare il premio c'è stato, a partire dal Presidente della Repubblica, un applauso prolungatissimo, una standing ovation allo Spallanzani.

Con tutta la modestia, però è giusto dire che tra le aziende premiate questa mattina, aziende italiane, aziende del made in Italy - Illy, Allegrini e tante aziende che sono l'orgoglio italiano all'estero (l'orgoglio italiano, non laziale) - stamattina c'era anche lo Spallanzani e quindi il servizio sanitario regionale. Vogliamo dirlo questo? Io credo che sia un nostro merito. Ma voglio arrivare a parlare della ricerca.

Ho detto tante volte che abbiamo la fortuna di avere un grande Presidente della Repubblica e un bravissimo Presidente del Consiglio.

Oggi però bisogna superare un gap. L'amministrazione Biden ha investito, adesso, in questi giorni, 165 miliardi di dollari per la ricerca. Quanto investiamo noi? Ve lo dico io: non so se arriviamo a investire un miliardo. In Italia siamo un quinto degli Stati Uniti, la sproporzione di investimento è evidente.

Un americano su tre, ahimè, non si vaccina, 100 milioni di americani non sono vaccinati e noi, nel Lazio, superiamo abbondantemente l'85, sfioriamo il 90%. Questi sono i dati, i numeri, li vogliamo torturare? Dicono la verità. Questi sono i nostri numeri.

Una cosa che effettivamente abbiamo capito in questo tempo è che dobbiamo essere lontani dagli interessi politici e geopolitici, dagli interessi economici e da qualsiasi altra cosa. Dobbiamo renderci liberi e quindi la ricerca va finanziata.

Rincorriamo i comunicati stampa delle aziende invece di andare a



vedere i dati. Forse è l'occasione giusta per ribadire la nostra linea, la linea dello Spallanzani, che è molto chiara su questo: prima di vaccinare i bambini sotto i dodici anni, aspettiamo, guardiamo. È una cosa ovvia, scontata, eppure qualcuno ha voluto criticarci. Ma mi sembra una cosa talmente di buon senso! Mia madre mi ha insegnato a fare così: aspetta, valuta. Poi, per carità, se sarà necessario, se la bilancia penderà più sul rischio, allora li vaccineremo. Oggi non sembrano esserci queste condizioni, ma se la bilancia penderà più sul beneficio, perché no?

Un'altra cosa che abbiamo imparato qui è il Contact Tracing. Siamo stati i migliori in Italia in questo. Siamo stati i primi ad intuire l'importanza dei tamponi antigenici e ad includerli nel conteggio totale. Non immaginate le guerre che abbiamo dovuto affrontare per questo. Poi l'Assessore è stato la catena corta, si è inchiodato lì allo Spallanzani e da lì ha trasmesso il comando a tutta la Regione. Questa è stata un'altra cosa positiva, no?

Tu ricorderai che battaglie sugli antigenici: ci si chiedeva se fossero validi o meno, che cosa ne pensasse lo Spallanzani etc.

Cosa vogliamo fare allo Spallanzani? Tra pochi giorni partirà anche un concorso di idee progettuali. Vogliamo fare un passo indietro per andare avanti. Prima di questa pandemia l'OMS ha detto che il vero problema è la lotta all'antibiotico-resistenza e ai germi patogeni multi-resistenti: noi vogliamo occuparci di questo e, soprattutto, abbiamo la grande ambizione di proiettarci nel Mediterraneo. Probabilmente lo faremo con un'università privata e, come sempre diamo conto all'opinione pubblica di tutto quello che facciamo, così vi terremo aggiornati anche su questo. Se riusciremo a farlo come Italia meglio, ma lo possiamo fare anche come Regione e come Spallanzani: guidare nel Mediterraneo la futura nostra battaglia, la lotta all'antibiotico-resistenza e agli agenti patogeni multi-resistenti e agire nell'ottica della *preparedness*, che ormai tutti abbiamo conosciuto, per essere preparati alle future pandemie.

Questo sarà il lavoro che questo grande, prestigioso Istituto, che è lo Spallanzani, mette a servizio della Regione e dell'Italia."

### GERARDO D'AMICO

Grazie Direttore Vaia. Presidente Faroni, a lei voglio chiedere, nello specifico, quindi tornando un attimo anche al tema su cui abbiamo invitato i nostri amici questa sera, che cosa siete disponibili a fare, a parte quello che già ci ha fatto vedere, nella pratica.

Qui si parla di nuove strutture sul territorio, nuovi impegni frazionati per evitare di avere l'ospedalocentricità, il paradigma che fino ad ora è predominante nel nostro paese. Che ruolo potreste avere voi con le vostre strutture, con i vostri posti letto, con i vostri specialisti?



## JESSICA VERONICA FARONI

Considerando che le nostre strutture sono state strutture tagliate per un 30% dei posti letti, per cui ci sono posti letto che sono rimasti vuoti, stanno lì, perché non utilizzarli ed evitare di costruire nuove strutture. Ne abbiamo parlato con la Regione, abbiamo condiviso tutto questo con la Regione.

Quello che ha detto il Professore è assolutamente condivisibile, manca un criterio, manca una strategia. Sembra più un PNRR fatto per i costruttori, non sembra fatto per la sanità.

Noi quindi che possiamo fare? Possiamo andare incontro alla Regione e dire: "Noi abbiamo questo a disposizione che è stato tagliato, sta lì, c'è il personale, usiamolo."

Sulla digitalizzazione, noi siamo abbastanza veloci, abbiamo la possibilità di avere aziende che ci sostengo, mettiamolo in piedi e vediamo quello che risparmiamo.

Poi se mi chiede come faremo noi e come farà la Regione a fare un progetto su qualcosa che di base manca di progetto, non le so rispondere.

## GERARDO D'AMICO

Eppure, Assessore D'AMATO, la scansione del PNRR è che a settembre bisogna aver finito la ricognizione dei siti idonei, a dicembre bisogna spedire la individuazione precisa dei siti idonei, mi sto riferendo alle Case di Comunità, al COT, alle strutture che devono ospitare le centrali operative territoriali e agli ospedali di comunità, quelli che vanno costruiti. Poi a marzo, quindi dopodomani praticamente, si sottoscrivono i contratti istituzionali di sviluppo.

## ALESSIO D'AMATO

Il Lazio è pronto. Chiederemo un contributo forte all'ospitalità privata.

Il concetto che io voglio far comprendere bene a voi stasera è il seguente: non è che noi ci vediamo qui stasera e facciamo un lavoro di scuola che poteva essere fatto, nelle medesime circostanze, un anno fa, due anni fa, con gli stessi argomenti o con gli stessi obiettivi; noi stiamo in una fase completamente diversa. Ci sono dei momenti nella storia che si tronca e si apre un'altra pagina del libro. Sono i conflitti bellici, sono le grandi epidemie, sono le grandi crisi finanziarie. Oggi noi striamo in quel momento.

Punto primo, il metodo di lavoro che abbiamo avuto e abbiamo sul Covid, verrà mantenuto inalterato ossia un metodo di lavoro unitario. Questo non è un fatto scontato, questo è un fatto molto importante.

Punto secondo, abbiamo bisogno di nuovi professionisti se vogliamo affrontare le sfide che abbiamo di fronte. Ognuno si deve sentire messo in gioco. Nuovi professionisti. La medicina del territorio con le attuali spe-

cializzazioni è difficile farla, abbiamo bisogno di nuovi professionisti. Lo stesso dicasi per il campo della domiciliare. Oggi noi avremmo difficoltà a trovare nuovi infermieri. Già ve lo dico, noi faremo un concorso pubblico a novembre, al precedente hanno partecipato in 30 mila al Sant'Andrea. Entro l'anno scorreremo e assumeremo tutti da quella graduatoria, abbiamo assunto 5.600 operatori, ne faremo un altro a novembre.

Per molti potrà essere una buona notizia ma qui a molti crea preoccupazione perché diranno: "I nostri operatori parteciperanno a quel concorso e noi cosa facciamo?". Allora io vi dico che anche qui, se vogliamo essere pronti, dobbiamo creare nuove figure, soprattutto sulla domiciliare, nuove figure che riguardano anche l'assistenza domiciliare.

Noi siamo pronti, le nostre aziende, vedo molti direttori presenti, stanno facendo già scouting in questi giorni per capire, innanzitutto come lavorare più che sulle nuove edificazioni, in ciò che abbiamo sia nel pubblico che nel privato.

Le nuove edificazioni, quindi, saranno necessarie laddove non ci sono queste condizioni, ma in realtà lavoreremo molto già sulle cose esistenti, ma dobbiamo lavorare sui nostri professionisti, dobbiamo lavorare su un'accelerazione forte perché il Covid questo ha portato. Il Covid sta pro-





ducendo un'accelerazione che mai prima d'ora abbiamo conosciuto. Noi abbiamo fatto negli ultimi mesi, ciò che non era stato fatto negli ultimi dieci anni. Questo slancio dobbiamo proseguirlo, il fattore tempo è molto importante.

Il messaggio quindi che vi voglio lanciare è il seguente: il Lazio sarà pronto, il Lazio vorrà giocare una partita di efficacia e di efficienza al pari di quella che stiamo giocando adesso. Non sono due tempi diversi, è un continuum: c'è stata l'attività bellica e c'è l'attività della ricostruzione. È tutto un continuum. Ecco perché mi vedete carico, perché il lavoro che è stato fatto, se noi lo seguiamo assieme, potrà portare sicuramente un beneficio e un innalzamento alla qualità dell'assistenza.

Di questo sono convinto perché noi abbiamo dei professionisti, nel pubblico e nel privato che sono straordinari, questo lo voglio dire. Se in dieci anni l'aspettativa di vita nel Lazio è aumentata di 1.9 anni, questo è legato anche alla capacità dei nostri professionisti di evitare tutto ciò che è evitabile rispetto, ad esempio, a tutte le reti Tempo Dipendenti.

Gli standard, gli indici, sono tutti migliorati, nel trattamento dell'ictus, nel trattamento dell'infarto, nel trattamento del femore. Per noi queste sono questioni molto importanti. Non ci vogliamo fermare e né vogliamo avere la presunzione di dire che tutto va bene, sappiamo anche i tanti difetti, le



tante problematiche. Oggi però abbiamo un'opportunità unica, quella di lavorare assieme, di aver capito che il fattore tempo è formidabile, perché il virus si batte sul tempo non sulle chiacchiere, si batte correndo più veloce del virus e nell'utilizzare al meglio queste risorse. Questo sarà l'atteggiamento della Regione.

Il cronoprogramma che ricordava il moderatore non solo verrà rispettato ma, nei prossimi giorni, ciò che avete sottoposto alla nostra attenzione verrà discusso con voi e verrà condiviso anche con le nostre aziende.

Sarà una sfida importante ma una sfida che io, sono convinto, sapremo cogliere al meglio. Grazie.

### **GERARDO D'AMICO**

Grazie all'Assessore, grazie agli altri ospiti, il Professor Spandonaro, il Professor Vaia. Grazie a tutti quanti.

### **MAURO CASANATTA**

Mi auguro che questo primo, importante aspetto di questo nostro evento vi abbia soddisfatto. Penso di sì perché è stato molto interessante, molto vivace, molto di stimolo anche per tutte le strutture.

Voglio ringraziare anche per la presenza di vari direttori generali delle Asl e di vari dirigenti della Regione con cui noi costantemente ci confrontiamo ed è anche giusto farli partecipare ai nostri eventi.



# RASSEGNA STAMPA

## Dal post Covid al Pnrr. Nel Lazio si punta a sinergia pubblico-privato. Il Convegno Aiop

**“Vogliamo continuare ad essere un interlocutore a disposizione dell’amministrazione” afferma l’associazione dell’ospitalità privata. D’Amato: “Il cambiamento e la nuova sanità sarà costruita con il contributo dell’ospitalità privata. Il metodo di lavoro che abbiamo attuato nel contrastare il Covid sarà mantenuto: un metodo di lavoro unitario”.**



»»» - Dopo il Covid e con i finanziamenti inseriti nel PNRR, quale modello di sanità nascerà per i cittadini? Questo il tema dibattuto venerdì sera al Chiostro del Bramante durante la tavola rotonda “La nuova sanità dopo il PNRR” organizzato da AIOP Lazio nel corso della quale, moderati dal giornalista Gerardo D’Amico, si sono confrontati l’Assessore alla Sanità della Regione Lazio Alessio D’Amato, la Dr.ssa Jessica Veronica Faroni, Presidente AIOP Lazio, il Prof. Federico Spandonaro dell’Università di Tor Vergata e il Prof. Francesco Vaia, Direttore IRCCS Spallanzani.

Il dibattito è stato introdotto dal Dott. Mauro Casanatta, Direttore Generale AIOP Lazio, che ha ricordato come in questi mesi “abbiamo trascorso e vissuto un tempo molto difficile, caratterizzato però da una disponibilità e collaborazione con la Regione mai avuta negli ultimi anni. Quando a febbraio mi telefonò l’Assessore D’Amato per l’allestimento dei posti covid – prosegue Casanatta – in poco tempo siamo riusciti ad organizzare e allestire un numero elevato di posti letto, 1300, per prestazioni covid, per tutte le tipologie assistenziali. Questo ha permesso di essere di supporto alla nostra amministrazione. La collaborazione è proseguita quando l’Assessore ha chiesto supporto per la campagna vaccinale: 600 mila vaccini sono stati inoculati dalle Case di Cura AIOP. Questo testimonia il rapporto avuto e che vorremmo continuare ad avere con la Regione: vogliamo continuare ad essere un interlocutore a disposizione dell’amministrazione”.



Gli Stati Generali dell’Assistenza a lungo termine

ROMA, 23-24 novembre 2021

Ministero della Salute e online

ITALIA LONGEVA

PER IL WELFARE E LA SOSTENIBILITÀ

OS **newsletter**

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.



ISCRIVITI ALL’ANAO ASSOMED

POLIZZA RC COLPA GRAVE GRATUITA  
FINO AL 1 GENNAIO 2023

SE TI ISCRIVI ENTRO  
IL 31 DICEMBRE 2021

Quotidiano Sanità  
27 settembre 2021



[www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=98513](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=98513)



VOCI DELLA SANITÀ 27 Settembre 2021 17:45

## Dal post Covid al PNRR. Aiop: «Nel Lazio si punta a sinergia pubblico-privato»

Dopo il Covid e con i finanziamenti inseriti nel PNRR, quale modello di sanità nascerà per i cittadini? Questo il tema dibattuto venerdì sera al Chiostro del Bramante durante la tavola rotonda "La nuova sanità dopo il PNRR" organizzato da AIOF Lazio nel corso della quale, moderati dal giornalista Gerardo D'Amico, si sono confrontati l'Assessore [...]

di Redazione



Sanità Informazione  
27 settembre 2021



[www.sanitainformazione.it/omceo-enti-territori/dal-post-covid-al-pnrr-aiop-nel-lazio-si-punta-a-sinergia-pubblico-privato](http://www.sanitainformazione.it/omceo-enti-territori/dal-post-covid-al-pnrr-aiop-nel-lazio-si-punta-a-sinergia-pubblico-privato)



# GBSAPRI TALK

INFORMAZIONI SICURE



SANITÀ

## LA NUOVA SANITÀ DOPO IL PNRR

By **La Redazione** Pubblicato 30 Settembre 2021



Si è tenuta venerdì 24 settembre presso il Chiostro del Bramante la Tavola rotonda organizzata dall'Aiop Lazio dal titolo: "La nuova sanità dopo il PNRR".

Al dibattito, moderato dal giornalista RAI **dr. Gerardo D'Amico**, hanno partecipato l'Assessore alla Sanità **dr. Alessio D'Amato**, il **prof. Federico Spandonaro** dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", il **prof. Francesco Vaia** Direttore **IRCCS Spallanzani** e la **dott.ssa Jessica Veronica Faroni**, Presidente dell'**Aiop Lazio**.

GBSAPRI TALK  
30 settembre 2021



[www.gbsapritalk.it/la-nuova-sanita-dopo-il-pnrr](http://www.gbsapritalk.it/la-nuova-sanita-dopo-il-pnrr)



- SISTEMI TECNOLOGICI INTEGRATI
- SOLUZIONI DI TELEFONIA AVANZATA
- SICUREZZA INFORMATICA
- CALL CENTER



- CONTACT CENTER
- PIATTAFORME TELEFONICHE IP
- CLOUD
- AUDIO E VIDEOCONFERENCE
- SISTEMI DECT

**AS.CO.T.T. SRL**  
www.ascott.it  
direzione@ascott.it  
Numero verde 800.96.98.18



**TINEXTA GROUP**

InfoCert is aiming at creating the leading Pan-European Trust Service Provider through acquisitions and partnerships with local champions with institutional roots to deliver Trust services to enterprise customers and manage digital identities of European citizens.

[www.infocert.it](http://www.infocert.it)

# SAMSUNG

## **Samsung: tecnologie all'avanguardia per migliorare la qualità della vita.**

Samsung si impegna a creare un nuovo futuro per i pazienti e i professionisti del settore sanitario con la missione di portare salute e benessere nella vite delle persone. Grazie alla sua esperienza di leader nel settore dei display, dell'IT, delle tecnologie mobili e dell'elettronica, Samsung persegue l'obiettivo di garantire ai clienti diagnosi affidabili, soluzioni efficienti dal punto di vista dei costi e flussi di lavoro semplificati. Specializzata nei servizi di diagnostica per immagini e in vitro, l'innovazione di Samsung in campo sanitario è condotta dalla Divisione Health & Medical Equipment di Samsung Electronics con più di 1600 persone impiegate in 100 Paesi diversi.

**Samsung Electronics Italia Spa**

Via Mike Bongiorno, 9

20124 Milano

**[www.samsunghealthcare.com/it](http://www.samsunghealthcare.com/it)**



**IMI** | CORPORATE &  
INVESTMENT  
BANKING



Vogliamo accompagnare le aziende, le istituzioni finanziarie e gli enti pubblici verso un futuro dove crescita, sostenibilità, internazionalizzazione e innovazione siano legate in maniera indissolubile. Per questo, giorno per giorno, costruiamo per i nostri clienti un futuro da protagonisti nel mercato globale dove ognuno sia in grado di esprimere il proprio potenziale.

[imi.intesasanpaolo.com](http://imi.intesasanpaolo.com)